

柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付要綱を次のように定める。

令和元年 8 月 1 日

柳川市長 金子 健次

柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付要綱

(趣旨)

第 1 条 この告示は、在宅の医療的ケア児の看護や介護を行う家族の負担軽減を図るために実施する柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金（以下「助成金」という。）の交付について必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第 2 条 この告示において、医療的ケアとは、人工呼吸器管理、痰吸引や経管栄養などの日常生活に不可欠な支援をいう。

2 この告示において、医療的ケア児とは、次の要件の全てに該当するものとする。

- (1) 柳川市内に住所を有すること。
- (2) 0 歳から 18 歳に達する日以降の最初の 3 月 31 日までの間にあること。
- (3) 在宅で同居の障害児等の保護者又は障害児等の介護を行う者（以下「保護者等」という。）による介護を受けて生活していること。
- (4) 医師の訪問看護指示書（保険医療機関及び保険医療養担当規則第 19 条の 4 第 1 項の規定に基づく訪問看護指示書）による医療的ケアを必要としていること。
- (5) 訪問看護（健康保険法(大正 11 年法律第 70 号)第 88 条第 1 項に規定する訪問看護）により医療的ケアを受けていること。

3 この告示において、家族とは、医療的ケア児の保護者等で、現に当該医療的ケア児の看護及び介護を行っていると柳川市長が認めた者をいう。

(助成対象者)

第 3 条 助成金の交付を受けることができる者は、医療的ケア児の家族（以下「助成対象者」という。）とする。

(助成対象経費及び助成金額)

第 4 条 助成金の交付の対象経費及びこれに対する助成金額は、別表のとおりとする。ただし、算出された額に 1,000 円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

(利用の申請等)

第5条 助成金の交付を受けようとする助成対象者は、利用しようとする指定訪問看護ステーション（以下「利用訪問看護ステーション」という。）を経由して、柳川市長に柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業利用申請書（様式第1号。以下「事業利用申請書」という。）を提出しなければならない。

2 柳川市長は、前項の規定による申請があったときは、助成事業の利用の可否を決定後、利用訪問看護ステーションを経由して助成対象者に対し、柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業利用決定（却下）通知書（様式第2号。以下「通知書」という。）を交付するものとする。

3 柳川市長は、医療的ケア児が、利用訪問看護ステーションから第4条の助成金の交付対象となる看護（以下「助成対象訪問看護」という。）を受けたときは、助成対象者が当該利用訪問看護ステーションに支払うべき助成対象訪問看護に要した費用について、別表で定める助成金額を限度として、助成対象者に代わり、当該利用訪問看護ステーションに支払うものとする。

4 前項の規定による支払いがあったときは、助成対象者に対し助成金を交付したものとみなす。

(助成金の交付申請及び実績報告)

第6条 利用訪問看護ステーションは、第5条の助成対象訪問看護を実施した月毎に、柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業利用者台帳（別紙1）により管理を行うこととし、柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付申請書兼実績報告書（様式第3号。以下「助成金交付申請書兼実績報告書」という。）により助成金の交付を申請するとともに、関係書類を添えて、利用実績を柳川市長に報告するものとする。

2 助成金交付申請書兼実績報告書の提出期限は、柳川市長が別に定める日とし、その提出部数は1部とする。

(決定の通知)

第7条 柳川市長は、前条による助成金の交付申請があったときは、交付する助成金の額を決定し、柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付決定通知書（様式第4号）により利用訪問看護ステーションに通知するものとする。

(助成金の交付)

第8条 前条により助成金の決定の通知を受けた利用訪問看護ステーションは、柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付請求書（様式第5号）により助成金の請求をするものとする。

2 柳川市長は前項の請求があったときは、請求のあった日から30日以内に助成金を交付するものとする。

(その他)

第9条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この告示は、公布の日から施行する。

別表（第4条関係）

助成対象経費	助成金額
指定訪問看護ステーションが在宅の医療的ケア児を訪問して行う看護（健康保険法の適用対象となる訪問看護を除く。）に係る費用	次の算式により算定した額とする。 助成額 = $A \times 7$ 、500円（1時間当たり単価） 備考 この算式に掲げる記号の意義は、次に定めるとおりとする。 A 指定訪問看護ステーションが、在宅の医療的ケア児を対象に、家族に代わって看護を行う一日当たりの時間から健康保険法の適用対象となる訪問看護の時間を控除した数（1時間未満切り捨て） ただし補助対象者一人につき、一年度当たり48時間を上限とする。

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

柳川市長 殿

（助成対象者）

住所

氏名

年度柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業利用申請書

年度において柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業を利用したいので、柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

利用者名 （申請者との続柄）	（ ）	生年月日 （年齢）	年 月 日生 （ 歳）
住所			
身体障害者手帳	あり・なし	手帳番号	第 号 級
医療的ケアの状況	経管栄養 口鼻腔吸引 気管切開部（気管カニューレ） 酸素療法 人工呼吸器 導尿 糖尿病のインスリン注射 その他（ ）		

注意

- 1 医療的なケアを受けていることの証明となる書類（医師の指示書の写し等）を添付してください。
- 2 身体障害者手帳の写しを添付して下さい。

年 月 日

殿

柳川市長



年度柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業利用(却下)決定通知書

年 月 日付で申請のあった柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用については、柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付要綱第5条の規定により、利用(却下)を決定しました。

記

1 助成対象訪問看護を受ける者

利用者名		生年月日	年 月 日	歳
住所				
身体障害者手帳	あり・なし	手帳番号	第 号	級
医療的ケアの状況	経管栄養 口鼻腔吸引 気管切開部（気管カニューレ） 酸素療法 人工呼吸器 導尿 糖尿病のインスリン注射 その他（ ）			

却下の場合

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、柳川市に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、柳川市を被告として（訴訟において柳川市を代表する者は市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

第3号様式（第6条関係）

年 月 日

柳川市長 殿

（助成対象訪問看護ステーション）

住 所

名 称

代表者名

年 月分柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付申請書兼実績報告書

年 月分の柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業を実施したので、柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて助成金の交付を申請し、併せてその実績を報告します。

記

- 1 延べ利用者数
- 2 延べ利用日数
- 3 延べ利用時間
- 4 助成額

関係書類

- 1 柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業利用者台帳（別紙1）
- 2 その他柳川市長が必要と認める書類

第4号様式（第7条関係）

年 月 日

（助成対象訪問看護ステーション）

名 称

代表者名

殿

柳川市長



年 月分柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付決定通知書

年 月分の実績報告があった柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金については、柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり決定しました。

記

交付決定額 金

円

第5号様式（第8条関係）

年 月 日

柳川市長 殿

(助成対象訪問看護ステーション)

住 所

名 称

代表者名

年 月分柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付請求書

年 月分の交付決定通知書に基づく柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金を交付くださるよう柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付要綱第8条の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 円

預金口座番号

当座

(金融機関名) 本・支店名

号

普通

(カタカナ)

口座名義人

別紙 1

年度柳川市医療的ケア児在宅レスパイト事業利用者台帳

訪問看護事業所名	
----------	--

	利用者名	生年月日	医療的ケアの状況	助成対象利用日（日）	延べ利用時間（時間）	助成金額（円）	備 考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
合 計							/

(注) 1 助成対象利用日数は、利用したサービス日数を記入すること。

2 延べ利用時間は1日当たりの時間から健康保険法の適用対象となる時間を控除した総時間数（1時間未満切り捨て）の合計を記入すること。

3 助成金額は、利用者に係る経費の助成額を記入すること。